Peritonealtuberculose

und

ihre Behandlung durch Laparotomie.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der medicinischen Doktorwürde

einer

Hohen medicin. Facultät der königl. Ludwig-Maximilian-Universität

zu München

eingereicht von

Heinrich Offenbächer

cand. med.

aus **Bellheim** (Rheinpfalz).

STRASSBURG i. E.
Buchdruckerei C. Gœller, Magdalenengasse 20.
1895.

Gedruckt mit Genehmigung der medicin. Facultät der königl. Ludwig-Maximilian-Universität zu München.

Referent: Prof. Dr. Angerer.

Dem Andenken seines Vaters.

Der Verfasser.

Das Interesse, das die leidende Menschheit und der behandelnde Arzt einer Krankheit zu widmen berechtigt sind, deren Behandlung vor nicht zu langer Zeit noch in den unsichersten Bahnen sich bewegte, veranlasst mich in folgendem zu den zahlreichen seit kurzem schon bekannt gewordenen Heilungen von Peritonealtuberculosa durch Laparotomie eine neue zu veröffentlichen, die in der Klinik des Herrn Prof. Dr. Angerer durch eben diese Behandlung erzielt worden ist und die sowohl wegen ihrer Vollständigkeit und ihrer beträchtlichen Dauer — sie wird seit 17 Monaten verfolgt — als auch wegen der wohl nicht anfechtbaren Diagnose erhöhtes Interesse beanspruchen darf.

Die verschiedenen bisher publizierten Statistiken über Peritonealtuberculosa und ihre Heilung durch Laparotomie scheinen mit Bestimmtheit dargethan zu haben, dass die verschiedenen Formen dieser Krankheit auch eine verschiedene Prognose geben und dass die Indication zur Laparotomie nicht in jedem Falle eine unbedingte ist. Verfasser will an der Hand einer erweiterten Statistik diesen Fragen gleichfalls näher treten und es schien zweckmässig, bei der Aufzählung der Fälle, die von Lindner in seiner Arbeit beliebte Einteilung beizubehalten. Die einzelnen Fälle sind mit Ausnahme des unsrigen (Nr. 53) in Auszügen, die das Wesentliche enthalten, wiedergegeben.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546008_0156

I. Patienten im Alter von 1 bis 10 Jahren.

1. v. Winiwarter: Mädchen von 8 Monaten. Freier Erguss ins Abdomen. Zwei Laparotomien. Heilung.

2. Alsberg (Conitzer): Mädchen von 2 Jahren. Beträchtlicher freier Erguss ins Abdomen. Uebrigen Organe normal. Punktion, 4 Wochen später Laparotomie. 1 Liter Flüssigkeit. Excidirtes Serosastückchen enthielt die Elemente der Tuberkulose, aber keine Tuberkelbacillen. Inoculation in ein Kaninchenauge ohne Erfolg. Heilung. $2^1/_2$ Jahre später Erkrankung an Tuberkulose der rechten Hand.

3. Phocas: 2jähriges Mädchen. Freier Erguss. Laparotomie. Auswaschung. Tod durch Collaps 5 St. p. O.

4. Alsberg (Conitzer): $2^1/_2$jähriges Mädchen. Freier Erguss ohne sonstige Erkrankung innerer Organe, dagegen Knochentuberkulose einer Hand. Laparotomie. Heilung per primam. Ascites 1 Jahr p. O. noch nicht wieder angesammelt, dagegen Fungus in der Bauchnarbe.

5. Alsberg (Conitzer): $2^1/_2$jähriges Mädchen. Typischer Fall der exsudativen Form. Laparotomie. Heilung. Nach $^3/_4$ Jahren ganz gesund, von blühendem Aussehen.

6. Alsberg (Conitzer): $2^1/_2$ jähriger Knabe. Seit $^3/_4$ Jahre krank. Typischer Fall der trockenen Form. Resistenzen im Leib, querverlaufender Grenzstrang oberhalb des Nabels. Trotz des elenden Aussehens Laparotomie. Kind collabiert, stirbt am nächsten Tage. Weitgehende Verkäsung, viele Turberkelbacillen.

7. Schmitz (Strehle): $3^1/_2$jähriges Mädchen. Typischer Fall der trockenen Form. Laparotomie. Excidiertes Knötchen unter dem Mikroskop: Kleine Rundzellen und Riesenzellen. Völlige Heilung bei einer späteren Bauchbruchoperation konstatiert.

8. Alsberg (Conitzer): 4 jähriges Mädchen. Seit langer Zeit Leibschmerzen, Verdauungsstörungen, Stuhl vorübergehend, thonfarben. Tief gelegener höckriger Tumor rechts vom Nabel, bei späterer Untersuchung querer Grenzstrang oberhalb des Nabels. Laparotomie: keine Flüssigkeit,

dagegen miliare Tuberculose des Peritoneum und der Darmserosa, zahlreiche Verwachsungen der Därme untereinander und mit der Bauchwand. Typischer Fall der trockenen Form. Der Tumor rechts vom Nabel ist ein Mesenterialdrüsentumor. Entlassung nach 14 Tagen. 4 1/2 Monate p. O. bedeutende Besserung, nur sehr selten noch Leibschmerzen. Tumor rechts vom Nabel entschieden kleiner geworden, jener Querstrang geschwunden, Körpergewicht um 5 Pf. zugenommen. Bacillen nachgewiesen.

9. Alsberg (Conitzer): 4 jähriges Mädchen. Schon lange krank. Appetitlosigkeit, Koliken, Verstopfungen, abwechselnd mit Diarrhöen. Leib aufgetrieben, lebhaft Peristaltik. In der Nabelgegend unter den Bauchdecken harte, flache Resistenzen. Stuhl exquisit thonfarben. Laparotomie: Jener Tumor, die bis zu 3 cm. verdickte Peritonealplatte; keine Flüssigkeit, viele Verwachsungen, miliare Aussaat von Tuberkeln. Tod mehrere Wochen später an Darmtuberculose.

10. Phocas: 5 jähriges Mädchen. Freier Erguss ins Abdomen. Laparotomie. Heilung nach 5 Monaten noch konstatiert.

11. Vaitz (Strehle): 5 jähriges Kind. Aus gesunder Familie, Amme jedoch tuberkulös. Seit der letzten von 5 überstandenen Pneumonien kränklich. Wegen Ascites 2 Punktionen. Laparotomie: Enorme Menge Exsudat, Peritoneum verdickt. Für Diagnose Tuberculose spricht auch noch eine verkäste Drüse am Kieferwinkel. Heilung noch nach 7 Monaten konstatiert.

12. Keetley: 6 jähriger Knabe. Hartes, eingezogenes, empfindliches Abdomen. Keine Tumoren fühlbar. Ileus. Laparotomie: Ueberall im Abdomen Tuberkel. Einpuderung von etwas Jodoform. Nach der Operation Erbrechen beträchtlicher Massen, anhaltend, Ernährung per rectum. Allmählich besseres Befinden. 2 Monate p. O. das Abdomen keine Abnormität mehr.

13. Boeckel (Schmoll): 7 jähriger Knabe, schwächlich, abgemagert, mit Meteorismus und Druckempfindlichkeit des ganzen Abdomen. Nabelgegend zeigt diffusse Anschwellung mit Rötung. Fieber. An den übrigen Organen nichts Abnormes. Incision in dem am meisten vorspringenden Teil der Nabelgegend: Grosse, mit schlechten Granulationen erfüllte Höhle, käsige tuberculöse Peritonitis. Bildung einer Kothfistel, aus welcher nach und nach im ganzen 13 Spulwürmer ent-

weichen. 4 Monate nach der 1. Incision Laparotomie. Bedeutende Besserung. Nach 3 Jahren Allgemeinbefinden sehr gut, nur die Fistel secerniert noch ein wenig.

14. Phocas: 7jähriges Mädchen. Freier Ascites. Laparotomie. Tod nach 3 Monaten. Woran? Bis dahin keine Flüssigkeitserneuerung.

15. Phocas: 8jähriger Knabe. Hydrocele congenitale, cure radicale, tubercules sur le cordon, laparotomie. Besserung. Tod nach 14 Monaten an Tuberculose des Peritoneums und der Pleura.

16. Czerny (Gross): 8 jähriges Mädchen. Peritonitis adhæsiva tuberculosa. Fistel am Nabel, die in eine Abscesshöhle gegen die linke Inguinalgegend führt. Incision. Ausspülung mit Borwasser. Excochleation von Membranen. Tamponade mit Jodoformgaze. Heilung nach $13^1/_2$ Monaten vollständig.

17. Alsberg (Conitzer): 9jähriger Knabe. Seit $^1/_2$ Jahre krank: Viel Leibschmerzen, besonders nach dem Essen. Mässiger Ascites, linksseitiges pleuritisches Exsudat; Stuhl vorübergehend thonfarben. Laparotomie; $^1/_4$—$^1/_2$ Liter Flüssigkeit. Heilung. Nach 1 Jahre im Abdomen nichts pathologisches mehr zu konstatieren. Tuberkelbacillen nachgewissen.

18. Poncet: 9 jähriger Knabe. Sehr ausgebreitete Tuberculose. Laparotomie. 1 Liter Flüssigkeit. Keine Verwachsungen. Sehr guter Erfolg. Nach $^1/_2$ Jahre ganz gesund. Impfungen mit Koch'scher Lymphe vorher mit Erfolg vorgenommen.

19. Küster (Troeger): 10jähriger Knabe. Hereditär nicht belastet, krank seit 3 Monaten. Starke Anschwellung des Leibes mit Schmerzen, in der Nabelgegend unter den Bauchdecken knollenförmige Tumoren fühlbar. Laparotomie: Etwa 1 Liter Flüssigkeit, serös mit einzelnen Fibrinflocken. Peritoneum und Darmoberfläche verkäste Knötchen. Darmschlingen vielfach verklebt und narbig eingezogen. Nach 8 Wochen Flüssigkeit noch nicht wieder angesammelt, aber noch kein Rückgang der lokalen Erscheinungen. Im unteren Winkel der Narbe eine tuberculöse Ulceration.

20. Flutwood (Strehle): 10jähriges Mädchen. Acute Peritonitis mit Ascites. Punction: Purulente Flüssigkeit. Laparotomie und Drainage. Heilung nach 9 Wochen.

II. Männliche Patienten im Alter von 11—20 Jahren.

21 und 22. Ceccherelli (Strehle): 11 und 13 Jahre Ascites. Laparotomie: Mit Tuberkeln infiltrierte Adhärenzen. Wiederkehr des Ascites, im ersten Fall auch nach der 2. Laparotomie.

23. Czerny (Gross): 12 Jahre. Hereditäre Belastung, sehr abgemagerter Knabe. Peritonitis circumscripta purulenta (tuberculosa). Laparotomie: Kommunikation mit dem Darm. Kothfistel. Tod nach einigen Wochen unter den Erscheinungen allgemeiner Tuberculose.

24. Vinay (Strehle): 15 Jahre. Schmerzhafte Anschwellung des Leibes. Linksseitige Punktion: 2 Liter sanguinolenter Flüssigkeit. Erneutes Auftreten des Exsudates. Laparotomie: Peritoneum zu einer 1 cm dicken Scheibe verdickt. 10—12 Liter grün-gelblicher, eitriger Flüssigkeit. Zurückbleibende Eiterung aus einer kleinen Oeffnung, die in einen abgesackten Eiterheerd führt. Incision, Ausspülung und Drainage. 7 M. p. O. Heilung konstatiert.

25. Socin (Sonderegger): 16 Jahre. Litt als Kind am Ohrenfluss und geschwollenen Halsdrüsen; seit seinem 5. Lebensjahre an Husten leidend, aber kein Auswurf. Jetzige Krankheit seit 12 Monaten: Schwäche, Kopfweh, Appetitlosigkett, vermehrter Husten, nächtliche Schweisse. Beginnende Lungentuberkulose. Bauch gleichmässig stark aufgetrieben. Punktion erfolglos, nach 14 Tagen Laparotomie: 10 Liter Flüssigkeit, stark vergrösserte Mesenterialdrüsen, vereinzelte graue Knötchen auf Darmserosa und Peritoneum. Nach 14 Tagen geheilt entlassen, doch stellt sich der Ascites wieder ein. Noch mehrmals ohne Erfolg punktiert. Tod.

26. Wheeler: 17 Jahre. Potator, hereditär nicht belastet, Lungen gesund. Abdomen stark aufgetrieben. Laparotomie: 1 Liter Flüssigkeit, Peritoneum mit Knötchen besetzt. Eiterung eines Stichkanals. Wiederkehr des Ascites, nach einigen Wochen 2. Laparotomie. Tod 14 Tage darauf.

III. Weibliche Patienten im Alter von 11—20 Jahren.

Czerny (Gross): Peritonitis exsudativa eines 13jährigen Mädchens. Miliartuberkulose des Peritoneum. Incision. Heilung.

28. Tcherning: 15 Jahre. Tuberkulöse Peritonitis mit Parovarialcyste. Laparotomie und Existirpation der Cyste, sowie der Adnexa uteri, welche in tuberkulöse Membranen eingekapselt waren. Tuberkelbacillen nachgewiesen. Glatte Heilung, $1^1/_2$ Jahre später noch gesund.

29. Werth (Strehle): 15 Jahre. Anämisch-kachektisches Aussehen. Ascites schon einmal durch Punktion entleert. Zu beiden Seiten des Nabels strangförmige knollige Tumoren. Incision: Serosa parietalis und Darmserosa mit bohnengrossen, grau-gelblichen Knoten besetzt. Därme zu einer Masse verklebt. Ascites möglichst entleert. Besserung.

30. Knaggs: 15 Jahre. Laparotomie ergab ausgedehnte adhäsive Peritonitis, vielfache Verklebungen der Dünndarmschlingen, Knickungen der Därme. Es war unmöglich die Adhärenzen zu lösen. Tod nach 5 Tagen.

31. Löhlein (Schreiber): 15 Jahre. Hereditär nicht belastet. Typischer Fall der serös-exsudativen Form. Laparotomie, vollständige Heilung.

32. Terrillon (Strehle): 16 Jahre. Hereditär nicht belastet. Laparotomie ergiebt Adhärenz der beiden Bauchfellblätter und Infiltration des Peritoneum mit tuberkulösen Granulationen. Genesung nach 5 Monaten konstatiert.

33. Pernice (Keintoch): 16 Jahre. Hereditär nicht belastet, seit 2 Monaten krank. Guter Ernährungszustand. Laparotomie: 5 Liter Flüssigkeit, klar, gelb, eiweissreich, viel Tuberkel über das ganze Peritoneum verbreitet. Linke Tube verdickt und besonders reichlich mit Knötchen besetzt. Heilung per primam.

34. Werth (Strehle): 17 Jahre. Hereditär belastet. Ascites. Laparotomie: Miliartuberkulose des Peritoneum. Tuben verdickt und geschlängelt. Keine Verwachsung. Nach 13 Monaten noch vollständige Heilung beobachtet.

35. Terrillon (Strehle): 18 Jahre. Hereditär nicht belastet, immer leidend. Laparotomie ergiebt bedeutend verdicktes Peritoneum und von tuberkulösen Granulationen infiltriert. Nach 10 Monaten noch als völlig geheilt befunden.

36. Ponces (Strehle): 18 Jahre. Ascites. Laparotomie: Grosse Menge citronenfarbener Flüssigkeit entleert, Peritoneum verdickt und granuliert. 14 Monate p. O. noch gutes Befinden.

37. Poncet (Strehle): 18 Jahre. Aus gesunder Familie, selbst stets gesund. Vergrösserung des Abdomens, Abmagerung, Nachtschweisse. Rechte Lungenspitze suspekt. Laparotomie: 3 Liter Flüssigkeit. Adhärenzen. Granulation. Heilung.

38. Chandelux (Strehle): 18 Jahre. Schmerzhafte Auftreibung des Leibes. Keine Fluktuation, vorn und rechts ein vom Uterus unabhängiger Tumor fühlbar. Laparotomie: Abgekapselter Ascites. Entfernung der ebenfalls erkrankten Tuben. Behandlung der Fungositäten mit dem Thermokauter. Drainage und Irrigationen. 7 Monate p. O. Besserung zu konstatieren, jedoch noch keine Eiterfistel.

39. Werth (Strehle): 18 Jahre. Leidet seit Kindheit an Husten mit Auswurf, sehr anämisch und abgemagert, Nachtschweisse von Anfang an. Unterhalb des Nabels schmerzhafter Tumor. Laparotomie: Jener Tumor das kollossal tuberkulös infiltrierte Netz, dasselbe wird an der Magenkurvatur abgebunden. Dünndärme verwachsen. Tuben verdickt. Reichlicher Ascites. Bauchwunde eitert $1^1/_2$ Jahr. Nach 2 Jahren kann Heilung festgestellt werden.

40. Werth (Strehle): 18 Jahre. Ascites. Hinten und neben dem Uterus eine resistente Platte fühlbar. Laparotomie: Reichliche Flüssigkeit, Peritoneum mit Tuberkeln bedeckt, Därme verklebt. Nach $2^1/_3$ Jahren noch gutes Befinden vorhanden.

41. Czerny (Gross): 18 Jahre. Peritonitis tuberkulosa exsudativa komplizirt mit Salpingitis tuberkulosa. Incision: 5 Liter Flüssigkeit, Tuben fixiert und geschwollen entleeren auf Druck Eiter. Schnitte durch die Serosa zeigen diese mit Käseheerden durchsetzt. Injektion von Jodoformglycerin in die Tuben. Besserung.

42. Socin (Sonderegger): 18 Jahre. Hereditär nicht belastet. Viele Vorkrankheiten, jetzige Krankheit seit 4 Mo-

naten. Härte und Auftreiben des Abdomen mit Schmerzen. Kataplasma, auf die Nabelgegend gelegt, bewirkte Durchbruch und Entleerung gelber Flüssigkeit zum Nabel heraus, was sich öfters wiederholte. Seit 5 Wochen brennende Schmerzen beim Urinieren, nach vermeintlicher Entleerung der Blase unwillkürlicher Nachschub von Urin. Urin ohne Eiweis und Zucker. Blasse, anämische Patientin. Umgebung des Nabels hart, gleichmässig aufgetrieben. Laparotomie: Die Fistel führt in eine Höhle, die mit einer weichen zerfallenden Membran ausgekleidet ist, viel Eiter enthält. Abgesackter, eitriger, tuberkulöser, peritonitischer Abscess, Auskratzung, Reinigung, Tampanade. $1^1/_2$ Jahr später gesund.

43. Fehling (Sonderegger): 18 Jahre. Hereditär belastet. Eiternde Drüsenschwellung im 8. Lebensjahre. Starke Auftreibung des Abdomen. Laparotomie: Typischer seröser exsudativer Fall. $^1/_2$ Jahr später keine Klagen mehr von seiten der tuberkulösen Affektion.

44. Poncet (Strehle): 19 Jahre. Hereditär belastet Husten. Vor 1 Jahr Pleuritis sin. u. Hämoptoë. Später Erkrankung an Peritonitis. Auf innerliche Behandlung keine Besserung. Laporotomie: Peritoneum verdickt, Darmschlingen untereinander adhärent. Graue Granulationen auf den Bauchfellblättern. Keine Flüssigkeit. Impfversuch positiv. Entschiedene Besserung.

45. Socin (Sonderegger): 19 Jahre. Seit 4 Monaten krank. Lungensuspekt. Laparotomie: 3 Liter blassgelber Flüssigkeit. Peritoneum parietale bedeckt mit kleinen weisslichen Knötchen; hinter der Serosa des Darmes eine Masse erbsengrosser Knoten. Exquisite Tuberkulose des Peritoneum und Dünndarms. Gebessert entlassen, doch nach 3 Monaten wieder Ascites, 4 Monate später gestorben.

46. Keetley: 19 Jahre. Patientin hatte vor 2 Jahren Laparotomie überstanden wegen tuberkulöser Peritonitis. Guter Erfolg. Infolge schwerer Arbeit Bruch in der Narbe. Radikaloperation, bei der keine Spur von Tuberkeln mehr gefunden wurde.

47. Kümmel (Strehle): 20 Jahre. Im Anschluss an eine Geburt langsame Zunahme des Leibes. Laparotomie: Reichliche Tuberkelaussaat. $^1/_2$ Jahr p. O. Keine Beschwerden, kein Ascites.

48. Wyder (Strehle): 20 Jahre. Stetig fortschreitende Zunahme des Leibes, keine Schmerzen. Abmagerung, Schwächegefühl. Diagnose unentschieden gelassen zwischen Ovarialkystom und abgesacktem peritonitischen Exsudat. Laparotomie: Abgesacktes Exsudat. Grosse Menge leimfarbener Flüssigkeit entleert. Besserung.

49. Routier: Vor zwei Jahren operiert, hatte über das ganze Peritoneum verbreitet offenbar tuberkulöse Granulationen. Erfreut sich jetzt bester Gesundheit.

50. Freund (Schmoll): 20 Jahre. Vater leidet seit 7 Jahren an Husten, Auswurf, Dyspnoë. Jetzige Krankheit seit 4 Monaten, beginnend mit heftigen Schmerzen in der linken Seite (Ovarium?). Gut genährt, Lungen gesund, Abdomen in der linken Bauchgegend ein wenig vorgewölbt und mässig empfindlich. Laparotomie: Chronische und subacute tuberkulöse Peritonitis, sowie Tuberkulose der Adnexa, Exstirpation der Adnexa, doppelte Drainage des Bauches. Tod nach 1 Monat.

51. Freund (Schmoll): 20 Jahre. Krank seit 1 Jahre. Besass als Kind geschwollene Halslymphdrüsen. Blass, mager, stark aufgetriebenes Abdomen. Laparotomie: Peritonitis tuberkulosa purulenta, Salpingitis tuberkulosa duplex. Besserung.

52. Duesguin: 20 Jahre. Lungen suspekt, schlechtes Allgemeinbefinden. Laparotomie: Abgekapselter Ascites, zahlreiche Adhärenzen. Heilung.

53. Hier hat nun auch Professor Dr. Angerer's Fall Platz zu finden.

Maria N., 20 Jahre alt, Fabrikarbeiterin.

Anamnese: Keine hereditäre Belastung. Menstruation stets regelmässig, aber immer ungefähr 6 Tage dauernd, vorausgegangene Krankheiten sind keine angegeben.

Erste Symptome: Patientin bemerkte vor ungefähr 11 Monaten eine allmähliche Zunahme des Leibesumfangs, die ihr jedoch keinerlei Beschwerden verursachte und die sie für beginnende Gravidität hielt. Von dem behandelnden Arzte wurde das Leiden ebenfalls für Gravidität gehalten, als aber Schmerzen in beiden

Bauchseiten auftraten, suchte sie die Poliklinik auf, woselbst durch Punktion eine hellgelbe Flüssigkeit entfernt und die Diagnose auf Bauchfelltuberculose gestellt wurde. Am 29. November 1892 liess sie sich in die interne Abteilung des Krankenhauses aufnehmen, woselbst sie bis zum 17. Januar 1893 in Behandlung stand und wo sie zweimal punktirt wurde; das letzte Mal, am 9. Januar, entleerte sich eine trübe rotbräunliche Flüssigkeit. Auf Grund des Befundes von Pseudomucin wurde die Diagnose auf Ovarialtumor gestellt. Seit dem Krankenhausaufenthalt sind die Schmerzen cessirend, der Stuhl, von Anfang an diarrhöisch, ist jetzt regelmässig.

Status praesens: Allgemeines Aussehen: Kräftig gebaut, gut genährt. Lungenbefund gehörig. Rechte Spitze kurzer Schall. Sitz der Erkrankung: Das Abdomen stark vorgewölbt, am meisten über der Nabelgegend, und hier links vielleicht etwas mehr als rechts. Der Schall ist zur Zeit überall tympanitisch, bei der Palpation fühlt man etwas unterhalb des Nabels sowohl rechts als links höckrige, harte, etwas verschiebliche Tumoren, von je mindestens 2 Faustgrösse, die sich nach oben und seitlich nicht scharf abgrenzen lassen, etwas besser dagegen nach unten, doch scheinen sie sich hier nicht ins kleine Becken fortzusetzen. Bei der vaginalen Untersuchung ist der Uterus etwas anteflecktiert, gut verschieblich, etwas rechts vom Uterus und hinten fühlt man derbe Tumoren, die offenbar in Zusammenhang stehen mit den von aussen fühlbaren und auf Druck ziemlich empfindlich sind.

Operation am 27. Januar 1893. Laparotomie zwischen Nabel und Symphyse. Schon das retroperitoneale Fett erweist sich auffallend ödematös, sulzig. Nach Durchtrennung des etwas verdichteten Peritoneum er-

scheint die innere Fläche des Peritoneum mit höckrigen Fibrinmassen belegt und es wölbt sich eine ebenfalls mit Fibrinmassen bedeckte elastische Geschwulst vor, zugleich fliesst ungefähr $^1/_2$ l. helle seröse Flüssigkeit ab. Nach Erweiterung der Wunde oben und unten gelangt man sowohl nach oben, als nach unten auf Darmschlingen, die mit einander bindegewebig verlötet sind. Auch im untern Teil der vorgewölbten Blase lassen sich nach Trennung von Fibrinverlötungen deutlich die Contouren des Darms erkennen. Von der Wunde aus gelangt man bis ins Becken, ohne Geschwulstmassen fühlen zu können.

Naht der Bauchwunde. Vollständiger Verschluss.

Beschreibung des Präparates: Mikroskopisch in den Membranen Tuberkelknötchen und Riesenzellen.

Patientin wurde Ende März vorgestellt bei blühendem Aussehen, ohne alle Beschwerden und erfreut sich dauernd eines guten Befindens.

IV. Männliche Patienten über 20 Jahre.

54. Demosthenes (Strehle): Soldat (das Alter nicht näher bezeichnet). Schmerzhafte Anschwellung in der rechten Bauchseite. Probepunktion: Eiter. Laparotomie: Abgekapselter Eiter. Impfung damit hat positiven Erfolg. Persistenz eines Fistelganges. Progressive Allgemeininfektion und Auftreten anderer Eiterheerde im Peritoneum. Tod 75 Tage p. O.

55. Demosthenes (Strehle): Tuberkulöse eitrige Peritonitis wieder bei einem Soldaten, dessen Alter nicht angegeben. Kotfistel. Impfungen zeigen positiven Erfolg. Nach $4^1/_2$ Monaten geheilt entlassen.

56. P. Syms: 25 Jahre. Aus gesunder Familie. Auffallend hohes Fieber, rapider Kräfteverfall, grosser wohlabgegrenzter, der Leber anliegender, elastischer Tumor, Laparo-

tomie: Mesenterial- und Peritonealtuberkulose. Entschiedene Besserung. 1 Jahr p. O. raschentwickeltes Recidiv mit Lungenkomplikationen.

57. Socin (Sonderegger): 50 Jahre. Auftreiben des Abdomen. Im rechten Hypogastrium beweglicher, nicht genau abgrenzbarer Tumor von harter Consistenz. Laparotomie: Miliartuberkulose des Peritoneum, Verklebung der Dünndarmschlingen. 1 Liter Ascites. Als gebessert entlassen. Bald aber Wiedereintritt von Schmerzen im Abdomen. Tod 6 Wochen p. O.

V. Weibliche Patienten über 20 Jahre.

58. Chandelux (Strehle): 21 Jahre. Schmerzen bei der Periode. Der sich vergrössernde Leib wird schmerzhaft. Erbrechen. Fieber. Rechts leichtes pleuritisches Exsudat, linke Lungenspitze verdächtig. Laparotomie: Abgekapselter Ascites. Verklebung der Darmschlingen. Drainage. Wunde heilt schön. Besserung. Tod 5 Monate p. O. an fortschreitender Bauch- und Lungentuberkulose.

59. Czerny (Gross): 21 Jahre. Laparotomie ergiebt schwartig verdicktes Peritoneum. Nach oben ein verdickter Netzzipfel adhärent. Entleerung von $1^1/_2$ Liter Eiter. Charakteristisch tuberkulöse granulöse Membranen. Durch eben solche Membranen Uterus und Tuben an der Wand des Beckens fixiert. Heilung.

60. v. Winiwarter: 21 Jahre. Allgemeiner Ascites. Lungen suspekt. Laparotomie. Heilung.

61. Freund (Schmoll): 22 Jahre. Mutter tot, soll viel gehustet haben. Seit 3 Monaten krank. Laparotomie ergiebt Peritonitis tuberculosa adhæsiva fibrosa, Tuberkulose der Adnexa. Heilung der Operationswunde. 1 Jahr später gestorben.

62. Richelot: 22 Jahre. Juni 1890 wegen seröser exsudativer tuberkulöser Peritonitis laparotomiert. Genesung; 4 Monate später zum 2. Male laparotomiert; weil grosse Granulationen am Peritoneum fälschlicher Weise für Krebs gehalten wurden, wurde nichts entfernt, der Bauch einfach geschlossen.

Patientin genas wiederum, behielt aber einen Bauchbruch. Richelot machte Oktober 1891 die Radikaloperation und überzeugte sich davon, dass fast alle Granulationen seit seiner 1. Operation verschwunden waren. Patientin erfreut sich $^1/_2$ Jahr später der blühendsten Gesundheit.

63. Fehling (Sonderegger): 22 Jahre. Beständige Zunahme des Bauches unter gleichzeitiger Abmagerung. 3 Mal vergeblich punktiert. Laparotomie: Mehrere Liter Ascites, Peritoneum stark verdickt, im kleinen Becken dicke, derbe Stränge, welche Uterus und Ovarien überdachen, auch Adhärenzen zwischen den verschiedenen Dünndarmschlingen. Tod 4 Monate später an allgemeiner Miliartuberkulose.

64. Werth (Strehle): 22 Jahre. Seit Kindheit kränklich. Zunahme des Leibes. Aufhören der Menses. Punktion erfolglos. Laparotomie: Ascites, Mesenterial- und Peritonealtuberculose. Heilung.

65. Werth (Strehle): 22 Jahre. Nicht belastet und früher selbst gesund. Jetzige Krankheit beginnt mit Schmerzen in der Leber — nachher Magengegend. Probeincision: Ascites. Peritoneum mit dichtstehenden Knötchen übersät, ebenso Uterus, Ovarien und Tuben. Heilung.

66. Czerny (Gross): 22 Jahre. Exsudativ-tuberkulöse Peritonitis verbunden mit Salpingitis tuberculosa und Oophoritis chronika. Laparotomie: Resektion beider Ovarien, der rechten Tube und des linken Morsus diaboli. Heilung.

67. Fehling (Sonderegger): 23 Jahre. Vater an chronischen Lungenleiden gestorben. Seit 6 Monaten krank, blass, abgemagert, Lungen verdächtig; Abdomen mässig aufgetrieben, rechts vom Uterus durch die Bauchdecken durch einzelne Knoten fühlbar, diese Gegend stark empfindlich. Laparotomie: Tuberkulose des Netzes. Tod nach 6 Wochen. Sektion: Phthisis pulmonalis, Kotabscess durch Perforation des Cœcum, chronische tuberkulöse Peritonitis, Fettleber.

68. Poncet: 23 Jahre. Krank seit 1 Jahr. Trockene Form der Bauchfelltuberkulose. Netz kuchenartig mit sarkomähnlichen Bildungen, Tuberkelknoten, infiltriert, wurde zurückgelassen. Heilung. 8 Monate später Gewichtszunahme um 10 Kgr.

69. Warneck (Strehle): 23 Jahre. Chronische tuberkulöse Peritonitis. Mehrfache Punktion. Laparotomie. Pe-

ritoneum und Omentum mit Knötchen besät. Ascites. Tuben und Ovarien entfernt. Riesenzellen, käsige Massen. Heilung.

70, Warneck (Strehle): 23 Jahre. Laparotomie ergiebt verdicktes Peritoneum parietale, mit miliaren Knötchen besät. Peritoneum visicerale des Genitaltractus ähnlich beschaffen. Tuben und Ovarium entfernt. Heilung noch nach einem Jahr konstatiert. Koch'sche Bacillen.

71. Schoemacker (Strehle): 23 Jahre. Anschwellung des Leibes. Trockener Husten, abendliche Temperatursteigerung. Laparotomie: Peritoneum verdickt und mit Granulationen bedeckt. Reichliche seröse Flüssigkeit. Eingeweide und Netz verklebt Ovarien mit Granulationen bedeckt. Heilung.

72. Bassini (Strehle): 23 Jahre. Ascites. Laparotomie: Peritoneum mit kleinen grauen Knötchen vollgestopft. Kleine Partikel bei der Untersuchung als tuberkulös erkannt. Nach $1^1/_2$ Jahren Tod an Lungenphthise.

73. Chaput (Strehle): 24 Jahre. Vor 3 Monaten zweimalige Punktion der linken Pleura. In der letzten Zeit an tuberkulöser Peritonitis behandelt. Ascites nach und nach verschwunden. Lungen sehr suspekt. Laparotomie: Darmschlingen verklebt und Netz adhärent. Tuberkel. Anfängliche Besserung. 6 Wochen p. O. Tod infolge Kothfistel.

74. Poncet (Strehle): 24 Jahre. Ascites. Peritoneum verdickt und granuliert bei der Laparotomie. Heilung.

75. Czerny (Gross): 24 Jahre. Ascites. Laparotomie: 3 Liter Serum entleert. Tuben und Ovarien entfernt, da erstere verdickt und ödematös durchtränkt, letztere cystisch entartet. Anfangs Heilung. Nach 2 Monaten Recidiv.

76. Pernice (Keintoch): 25 Jahre. Krankheit begann vor 4 Jahren mit Anschwellung des Bauches und Schmerzen in der rechten Seite des Leibes. Blass, anämisch, sonstigen Organe gesund. Serös-exsudative Form. Laparotomie. Besserung.

77. Freund (Schmoll): 25 Jahre. Blass, abgemagert, Leib aufgetrieben, Meteorismus. Laparotomie: Peritonitis tuberculosa caseosa, Tuberkulose der Uterusadnexa. Tod nach 4 Tagen. Sektion ergab auch alte Lungenheerde.

78. Freund (Schmoll): 26 Jahre. Geringer Husten, erst langsames, dann schnelleres Anwachsen des Leibes. Linke

Lungenspitze verdächtig. Laparotomie bot das Bild der serös-exsudativen Form. Uterus fixiert. Heilung.

79. v. Winiwarter: 27 Jahre. Allgemeiner Ascites. Laparotomie, Heilung 3 Jahre verfolgt.

80. Lauwers: 27 Jahre. Freier Ascites. Laparotomie. Heilung.

81. Löhlein (Schreiber): 28 Jahre. Abdomen aufgetrieben. Laparotomie ergab serös-exsudativ-tuberkulöse Peritonitis. Rechte Tube und rechtes Ovarium, weil besonders stark mit Tuberkelknötchen besetzt, abgetragen. Befinden verschlechterte sich.

82 Demosthenes (Strehle): 28 Jahre. Laparotomie ergiebt verdicktes Peritoneum, ohne Granulationen. 5 Liter Eiter. Darmschlingen mit miliaren Granulationen bedeckt. Recidiv. Punktion: 5 Liter Eiter. In der Folge noch 3 Punktionen. Tod 3 Monate p. O.

83. v. Säxinger (Strehle): 28 Jahre. Hereditär nicht belastet, leidet seit dem 10. Lebensjahr an Kurzatmigkeit. Hochgradiger Ascites. Laparotomie: Peritoneum dicht mit Knötchen übersät. Heilung seit 8 Jahren verfolgt.

84. Wheler: 29. Jahre. Hereditär nicht belastet. Abdomen stark geschwollen. Laparotomie: $1^1/_2$ Liter abgesacktes Ascites, starke nichtlösliche Adhäsionen, Darm gewissermassen in einen Tumor verwandelt. Tod nach 5 Monaten an Erschöpfung.

85. Pernice (Keintoch): 29 Jahre. Zunahme des Bauches unter gleichzeitiger Abmagerung. Vater war tuberkulös. Bei der Laparotomie wurde Tuberkulose des Bauchfells konstatiert. Zunächst relatives Wohlbefinden. Recidiv. Keine Besserung.

86. Pollosson (Strehle): 30 Jahre. Freier Ascites. Laparotomie: Peritoneum sehr verdickt, gefässreich und mit Granulationen bedeckt. Besserung.

87. Freund (Schmoll): 31 Jahre. Hereditär nicht belastet, stets gesund gewesen, erst seit 8 Wochen leidend, stark abgemagert, anämisch. Abdomen stark aufgetrieben. 3 erfolglose Punktionen. 3 Monate nach der letzten Punktion Laparotomie: Mesenterium und Därme bilden eine mächtige, compakte Masse, alles mit eingedickten, faulig zersetzten Fibrinschwarten bedeckt. Tod nach 5 Tagen.

88. Freund (Schmoll): 32 Jahre. Primäre Tuberkulose der Uterusanhänge, serös-exsudative Tuberkulose des Peritoneum. Laparotomie. Heilung 3 Jahre u. 2 Mon. verfolgt.

89. v. Winiwarter: 32 Jahre. Freier Ascites. Laparotomie, nach 2 Jahren 2. Laparotomie wegen einer Bauchhernie; Heilung durch die 2. Laparotomie konstatiert.

90. v. Winiwarter: 32 Jahre. Abgekapseltes seröses Exsudat, Tuberkulose des Peritoneum und der linken Gebärmutteranhänge. Laparotomie mit Excision der linken Adnexa. Heilung.

91. Terrillon (Strehle): 32 Jahre. Seit 5 Jahren unterleibskrank. Abmagerung, Erbrechen. Symptome einer chronischen Ovario-Salpingitis. Laparotomie: Tuben und Ovarien und das benachbarte Peritoneum mit Tuberkeln bedeckt, beide Tuben mit Eiter erfüllt. Die kranken Teile entfernt? Rapide Heilung,

92. Küster (Tröger): 33 Jahre. Laparotomie ergab grosse Mengen Flüssigkeit, beide Blätter des Peritoneum sind in eine schwartige Masse umgewandelt, die mit Tuberkeln bedeckt sind. Die Därme in ein knolliges Paquet verwandelt. Recidiv. 10 Monate p. O. Allgemeinbefinden gut.

93. Czerny (Gross): 33 Jahre. Hereditär belastet. Hustet und hatte verschiedene Mal Blutbrechen. Abdomen aufgetrieben. Laparotomie: Peritoneum mit Fibrinauflagerungen und miliaren Knötchen bedeckt. Ovarien und Tuben stark verdickt und durch Pseudomembranen verlötet. 2—3 Liter Ascites entleert. Ovarien und Tuben reseciert. Heilung.

94. Werth (Strehle): 34 Jahre. Kachektisches anämisches Aussehen. Ascites. Heilung nach der Laparotomie.

95. Czerny (Gross): 34 Jahre. Peritonitis tuberculosa. adhaesiva. Probeincision, Tod nach 3 Monaten.

96. v. Winiwarter: 35 Jahre. Abgekapseltes seröses Exsudat. Laparotomie. Heilung 6 Jahre verfolgt.

97. Fehling (Sonderegger): Allgemeine Abmagerung, linke Lunge verdächtig. Abdomen stark aufgetrieben, hinter dem Uterus im Douglas knotige Tumoren fühlbar. Laparotomie: Ascites, Peritoneum verdickt. Von den Darmschlingen ist zunächst nichts zu sehen, dagegen kommt man in eine grosse Höhle auf der rechten Seite des Abdomen gelegen, die hinauf bis an die Leber, links bis zum Nabel reicht, daselbst durch eine Membran vom Darm abgegrenzt ist. Uterus

nach vorn von Exsudatmassen umgeben. Drainage. Tod nach 4 Wochen. Sektion: Peritonitis tuberculosa, Parametritis chronica, Pleuritis tuberculosa duplex, Tuberkulose der Lungen, Leber, Nieren, des Darmes.

98. Poncet (Strehle): 37 Jahre. Ascites. Peritoneum parietale verdickt, granuliert, rötlich. Därme verklebt. Laparotomie. Heilung.

99. Bumm: 40 Jahre. Starker peritonealer Erguss. Laparotomie, Entleerung des Exsudates, Excision eines Stückchens der Serosa, die dicht mit hirsekorngrossen Knötchen besetzt ist. Die mikroskopische Untersuchung ergab Einlagerung zahlreicher, submiliarer Knötchen, die alle den Bau frischer Tuberkel zeigten, aber keine Tuberkelbacillen enthielten. 8 Wochen p. O. kommt Patientin wieder, ein Teil der Stichkanäle ist in tuberkulöse Hautgeschwüre verwandelt, die reichlich Serum entleeren. Im Eiter der Geschwüre und im Serum können jetzt Tuberkelbacillen nachgewiesen werden. Zweite Incision: Abgesacktes Exsudat; Höhle wird gegen den freien Bauchraum zu von verklebten Dünndarmschlingen und Teilen des Netzes abgeschlossen. Gute Austrocknung, Jodoformeinstäubung. Schluss der Wunde, Ausschaben der Geschwüre. Ungestörte Heilung, noch nach $1^1/_2$ Jahren als Definitiv konstatiert.

100. Czerny (Gross): 40 Jahre. Anämische Patientin. Lungen suspekt. Abdomen kuglich aufgetrieben. Laparotomie: Ascites. Miliartubirculose des Peritoneum. Heilung. Tod nach $1^1/_4$ Jahr an Lungentuberkulose.

101. Routier (Strehle): 40 Jahre. Eltern an Phthise gestorben. Patientin abgemagert, bleich, hat trockene Haut. In der Medianlinie des Abdomen ein Tumor. Deutliche Fluktuation. Laparotomie: Grosser Abscess. Heilung.

102. Kehrer (Mansbach): 41 Jahre. Seit 16 Jahren Leberleiden, Leberkoliken bis vor 8 Jahren. Seit 1 Jahr sind die Schmerzen wieder vorhanden. Mager, sonst gutes Aussehen, Atemnot, Herzklopfen, schlechter Appetit. Vor 4 Monaten mit heftigem Fieber und Stechen in der Herzgegend erkrankt, Dauer 3 Wochen. Abgang von Gallensteinen. Langsames Dickerwerden des Leibes. Des Abends Anschwellung der Knöchel und der Beine. Laparotomie: Ascites. Peritoneum mit Knötchen besetzt. Gebessert entlassen.

103. Freund (Schmoll): 41 Jahre. Jetzige Krankheit seit über 2 Monaten. Dickerwerden des Leibes, blühend aussehende Frau; Lungen gesund. Laparotomie: Ascites, tuberkulöse Peritonitis, primäre Tuberkulose. Doppelte Salpingectomie. Heilung.

104. Lauwers: 42 Jahre. Forme ulcereuse avec collections enkystées. Laparotomie, Evacuation des parties purulentes, Lavage. Mort après 4 jours.

105. v. Winiwarter: 45 Jahre. Lungen suspekt. Allgemeiner Ascites. Laparotomie. Heilung. Tod nach 3 Monaten an Lungenschwindsucht.

106. v. Winiwarter: 45 Jahre. Lungenkrank. Abgekapseltes tuberkulös-peritonisches Exsudat. Laparotomie. Heilung. Tod nach 4 Monaten an Lungenschwindsucht.

107. Fraipont: 45 Jahre. Allgemeiner Ascites. Laparotomie. Heilung.

108. Kehrer (Mansbach): 46 Jahre. Lungen suspekt. Abdomen aufgetrieben. Punktion erfolglos. Laparotomie: Ascites, Peritoneum perietale schwartig verdickt, Peritoneum viscerale mit massenhaften miliaren Knötchen besät. Rechte Tube verdickt, wird abgebunden, desglelchen die linke. — Zunächst wieder Zunahme des Ascites; durch Punktion 22 Liter Exsudat entfernt. Seitdem kein Ascites mehr,

109. Courtin: 47 Jahre. Hatte 8 Mal geboren; bemerkte Zunahme des Leibes. Punktion: 15 Liter einer blutigen Flüssigkeit. $1^1/_2$ Monate nach der Punktion Laparotomie, da Flüssigkeit sich erneuerte: Tuberkulöse Peritonitis, primäre Tuberkulose des linken Ovarium, welches entfernt wird. — La guérison est permanente et paraît définitive.

110. v. Winiwarter: 47 Jahre. Trockene Form. Laparotomie. Tod nach 2 Monaten an Marasmus.

111. Freund (Schmoll): 53 Jahre. Früher stets gesund (?) 9 normale Geburten, 1 Abortus. Seit 3 Jahren Schmerzen im Kreuz und in den Beinen, seit $^1/_2$ Jahr Anschwellung des Leibes, Stuhlverstopfung, Abmagerung. Leib deutlich fluktuirend. Inguinaldrüsen hart und geschwollen. Laparotomie: serös-exsadativ-tuberkulöse Peritonitis; aus dem abdominalen Ende der ganz mit miliaren Tuberkeln besetzten Tube kommt beim Anfassen gelber, bröckliger Eiter heraus. Salpingectomie. Tod nach 10 Tagen an eitriger Peritonitis. Section:

Auch alte Heerde in beiden Lungenspitzen und der Bronchialdrüsen.

112. Freund (Schmoll): 57 Jahre. Hereditär belastet. Seit 3 Monaten Abmagerung und gleichzeitig Anschwellung des Abdomen. Punktion erfolglos. Laparotomie: serös-exsudativ-tuberculöse Peritonitis. Heilung.

113. Löhlein (Schreiber): 60 Jahre. Dauer des Leidens $2^1/_2$ Monate. Allmählige Anschwellung des Leibes, Druckgefühl daselbst und im Rücken, Obstipation, starke Schmerzen beim Urinieren. Laparotomie: In der Bauchwand zeigt sich eine dickwandige Masse, die den Eindruck eines derbwandigen Cystensackes macht, erweist sich aber als das krankhaft veränderte Peritoneum. Nach Incision derselben reichliche Mengen Ascites, Peritoneum, Darm, Adnexa uteri mit Tuberkeleruptionen besät, auch an Mesenterium dicke Knollen. Wunde primär geheilt. Heilung.

114. v. Winiwarter: 65 Jahre. Freier Ascites. Laparotomie. Heilung 8 Monate konstatiert.

115—117. Hartmann und Aldibert haben 3 Kinder wegen tuberkulöser Peritonitis mit Laparotomie behandelt. Sehr günstiger Erfolg. Tuberkelbacillen durch Ueberimpfung nachgewiesen.

Unsere Statistik ergiebt nun zunächst mit anderen übereinstimmend eine bedeutende Minderzahl der männlichen Fälle und zwar ist das Verhältnis so auffallend, dass wir eine ganz besondere Disposition des weiblichen Geschlechtes annehmen müssten, wenn nicht die Ergebnisse des Sektionstisches gelegentlich nicht gerade das umgekehrte Verhältnis aufweisen würden. Den Widerspruch, der in dieser Beziehung zwischen der Erfahrung der Chirurgen und denen der Pathologen besteht,

macht Dresdner in seiner Abhandlung sehr einfach erklärlich; „Wenn einer Frau irgend etwas im Unterleib fehlt, so wendet sie sich allermeistens gleich an einen Gynäkologen; dieser in seiner souverainen Beherrschung der operativen Technik, greift alsbald zum Messer und findet nun gelegentlich eine Bauchfelltuberkulose, — welchen Fall einer seiner Jünger der Oeffentlichkeit übergiebt; man sammelt die einzelnen Fälle und gelangt so zu einer Statistik, in welcher naturgemäss das weibliche Geschlecht die Hauptrolle spielt. Der Mann, welcher eine Anschwellung seines Unterleibes wahrnimmt, geht zunächst zum praktischen Arzte, von dem man im Allgemeinen nicht behaupten kann, dass er zu grösseren operativen Eingriffen sonderlich aufgelegt sei. Und nun wird die schönste Zeit mit einer gänzlich aussichtslosen internen Behandlung verthan, — was Wunder, dass am Ende aller Enden in den Statistiken, welche Pathologen über Bauchfelltuberkulose veranstalten, das männliche Geschlecht als das in so trauriger Weise bevorzugte figuriert."

Wir kommen jetzt zu den eigentlichen Ergebnissen unserer Statistik und müssen zuvor nur noch bemerken, dass wir es für genügend hielten, zwei Hauptkategorien von Peritonitis tuberkulosa zu unterscheiden: Eine, die sich mit Exsudat bildet, und eine, die ohne Exsudat einhergeht.

Das Exsudat ist verschieden gestaltet, ausserdem frei und abgekapselt. Die Abkapselung geschieht durch fibrinöse Verklebung einzelner Teile des Bauchinhaltes unter sich resp. mit der Bauchwand. Die trockene Form nimmt chronischen Verlauf und zeigt reichliche Neubildung von Bindegewebe, das mehr oder wenige zahlreiche Tuberkel in sich einschliesst. Somit haben wir:

1. Exsudative tuberkulöse Peritonitis, akute, sub-

akute, chronische, mit serösem, serös-fibrinösem, fibrinösem, serös-hämorrhagischem, hämorrhagischem, purulantem, — freiem oder abgekapseltem Erguss.

2. Chronische fibrinöse bezw. adhäsiv-fibrinöse Peritonitis.

Von unsern Fällen zählen wir 97 zur exsudativen tuberkulösen Peritonitis und finden darunter 61 Heilungen verzeichnet, 20 als gebessert, in 14 Fällen trat Tod bezw. keine Besserung ein, 2 Mal auch eine Verschlechterung des Zustandes.

20 Fälle unserer Statistik gehören zur fibrinösen bezw. adhäsiv-fibrinösen Peritonitis. Hier ist 5 mal Besserung, 5 mal Heilung, 10 mal Tod bezw. keine Besserung zu verzeichnen.

Von den 26 Patienten, bei denen die Operation ungünstige Resultate aufweist, gingen durch den operativen Eingriff selbst zu Grunde 2 an Collaps 5 Stunden bezw. 1 Tag post operationem, weitere 6 in den nächsten 4 — 14 Tagen, die übrigen 13 Todesfälle verteilen sich auf 4 Wochen bis 5 Monate nach Vollzug der Operation. Einmal bestehen die lokalen Erscheinungen weiter und in der Narbe bildet sich eine tuberkulöse Ulceration, 3 mal entwickeln sich hartnäckige Recidive und 1 mal wird eine Verschlechterung des Befindens angegeben. Dresdner weist in seiner Statistik mit Nachdruck auf die Fälle 63 und 97 hin, weil hier durch den operativen Eingriff eine Verallgemeinerung der Tuberkulose wahrscheinlich bewirkt worden sei. Dass wir in unserer Statistik noch weitere 2 solche Fälle (23 und 24) vorführen können, beweist, dass dieses Vorkommnis doch nicht so vereinzelt dasteht und dass es jedenfalls der Beachtung wert ist. Gleichwohl stehen auch wir nicht an, die Laparotomie als die souveraine Behandlungsmethode für Peritonitis tuberkulosa speziell

für Peritonitis tuberkulosa adhæsiva anzusehen und wenn darniederliegende Kräfte des Patienten, ausgesprochene Lungentuberkulose und schwere Darm- und sonstige viscerale Tuberkulose dem Operateur künftighin mehr als bis jetzt als Contraindicationen gegen die Laparotomie gelten — unsere Statistik bietet auch hiefür belehrende Beispiele — so müssen die Ergebnisse in Zukunft sich noch günstiger gestalten.

Wir dürfen unsere Arbeit nicht beenden, ohne noch Professor Dr. Angerer's Fall einer Besprechung unterzogen zu haben. Der Fall repräsentiert die serös-exsudative Form der Bauchfelltuberkulose. Die Diagnose des Leidens hatte Schwierigkeiten gemacht. Nach 2 Probepunktionen wird die Laparotomie vollzogen, die Flüssigkeit entleert, die zahlreichen Adhärenzen gelöst, die Bauchwunde vernäht und die Heilung per primam erstrebt und erreicht. Der Erfolg ist ein zweifellos guter und durch 17 Monate hindurch beobachtet. Es fragt sich somit nur noch, ob wir es in unserm Fall auch wirklich mit Tuberkulose zu thun gehabt haben. Die Frage ist nicht überflüssig und hauptsächlich im Sinne derjenigen Autoren gestellt, die überhaupt die Mitteilungen über Heilungen der Peritonealtuberkulose durch Laparotomie sehr skeptisch aufnehmen und meinen, dieselben beruhten auf Verwechslung der fibrösen Knötchen bei chronischer Peritonitis oder chronischem Ascites mit Tuberkeln (Dornblüth). Nun dass dieser Einwand nicht stichhaltig ist, zeigen vor allem die allerdings nicht sehr zahlreichen Fälle (12), wo durch den Nachweis der Koch'schen Bacillen die Diagnose sichergestellt ist. Ferner legen wir doch auch Wert auf die Ergebnisse der histologischen Untersuchung, die auch in unserm Fall ausgeführt worden ist und „Tuberkelknötchen und Riesenzellen" ergeben hat. Von den grosszelligen, riesen-

zellenhaltigen Tuberkeln sagt Ziegler, dass sie nicht leicht mit etwas anderem verwechselt werden können. Last not least glaubten wir auch auf das Urteil erfahrener Beobachter etwas geben zu dürfen, wobei wir nicht vergessen, dass für die exakte Wissenschaft die mikroskopische Untersuchung unumgänglich notwendig ist. Für die richtige Beurteilung aber eines Falles und die von derselben abhängige Therapie ist sie nicht immer erforderlich, wir dürften sonst dem unbewaffneten Auge des Klinikers und Pathologen überhaupt nicht mehr trauen.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Angerer, für die Ueberlassung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Lindner, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 34.
Dresdner, Dissertation, Kiel.
Pic, Thèse, Lyon, 1890.
Strehle, Dissertation, Tübingen, 1893.
Gross, Dissertation, Heidelberg, 1893.
Schmoll, Dissertation, Strassburg, 1892.
Sonderegger, Dissertation, Basel, 1892.
Poncet, Lyon, méd. XXV. 5.
Phocas, Médicine moderne, 1893.
Fraipont, v. Winiwarter, Duesguin: Ch. Roersch, Revue de Chirurgie 1893.
Conitzer, Deutsche med. Wochenschr. 1893.
Troeger, Dissertation, Marburg, 1881.
Tcherning, Bibliothek for Läger. 7. Raekke, 2. Bd. 14.
Schreiber, Dissertation, Giessen, 1891.
Keintoch, Dissertation, Greifswald 1891.
Routier, Revue de chirurgie, 1892.
P. Syms, New-York, med. journ., 1891.
Richelot, Société de Chirurgie, Paris, 1892.
Lauwers, Procès-verbal de l'Acad. roy. de méd. de Belgique.
Bumm, Vrhlg. d. deutschen Gesellsch. f. Gynæk. 1893.
Mansbach, Dissertation, Heidelberg, 1892.
Hartmann u. Aldibert, Annal. de gynécol. 1892.